

Reparación del túnel subcutáneo de un catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis

Isabel Crehuet Rodríguez, María Albina Bernárdez Lemus, Beatriz Toribio Manrique, María del Mar Sánchez Arribas, Raquel Villa Ruiz, Marta Ramírez Crehuet

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción:

Desde hace algunos años, en las unidades de hemodiálisis (HD) constatamos un importante aumento en la edad de los pacientes que inician tratamiento sustitutivo debido, entre otras razones, al aumento de la esperanza de vida. Esta elevada edad conlleva una mayor patología asociada, lo que contribuye a que el inicio de la técnica se realice a través de un catéter venoso central tunelizado (CVCT). Es conocido que éstos presentan una tasa de complicaciones mucho mayor que las fistulas arteriovenosas (FAV). Por ello y porque el árbol vascular es limitado, al personal sanitario nos corresponde poner en práctica todos aquellos recursos a nuestro alcance para conservarlo.

Objetivos:

Presentar un caso clínico en el que se produce una rotura del túnel subcutáneo de un CVCT y su reparación mediante técnica de Friedrich.

Paciente:

Varón de 67 años de edad, con enfermedad renal crónica en estadio 5, en tratamiento renal sustitutivo con HD desde julio del 2012; en nuestro hospital desde agosto del 2014.

Antecedentes de interés:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Diabetes Mellitus tipo 2 con retinopatía diabética.
- Adenocarcinoma de próstata.
- Pancreatitis crónica por enolismo con síndrome de malabsorción.
- Desnutrición calórico-proteica. Caquexia. Índice de masa corporal: 14,5 Kg/m².
- Accesos vasculares previos: 5 CVCT en vena yugular interna derecha, 4 retirados por mal funcionamiento; el 5º es objeto de este estudio. Tras éste, FAV nativa húmero-cefálica izquierda. Inicialmente con mal funcionamiento, posteriormente trombosada.

Al cabo de varios días de la colocación del 5º catéter observamos, a unos 4 cm del orificio de salida del catéter (OSC), una pequeña abertura en el trayecto del túnel subcutáneo que se suturó con un punto. Días después, el punto se había rasgado dejando una abertura mucho mayor (unos 8 mm). El catéter nos permitía conseguir flujos sanguíneos elevados y obtener HD adecuadas. Valorado por Cirugía, suturó dicha abertura mediante técnica de Friedrich evitando su recambio. La cicatrización fue lenta y la recuperación total.

Tres meses más tarde se detectó importante trombosis de la vena cava superior y aumento del diámetro de la vena ácigos. Se produjo una infección en el OSC que, a su vez, originó una tunelitis volviéndose a abrir dicho túnel y una bacteriemia relacionada con el catéter (BRC). En el cultivo del exudado apareció un *Staphylococcus aureus* sensible a Daptomicina; se inició tratamiento sistémico con dicho fármaco, se retiró ese catéter y se sustituyó por otro en vena femoral derecha.

Resultados:

Inicialmente conseguimos la recuperación del túnel evitando así el recambio del catéter; sin embargo, la trombosis de la cava superior, la tunelitis, la BRC y, sobre todo, el estado caquético del paciente dieron lugar a una supervivencia de dicho catéter de apenas 3 meses.

Conclusiones:

Consideramos que, a pesar de los resultados de este caso, es importante utilizar todas las técnicas disponibles para evitar someter a los pacientes a múltiples recambios de catéteres, fundamentalmente por varias razones: ahorrar capital vascular, evitar sufrimiento al paciente por las técnicas invasivas y no elevar aún más los costes del tratamiento.